

## **DENUNCIA DE FALLECIMIENTO** SEGURO DE VIDA COLECTIVO Y DECRETO 1567/74

Casa Central:Lavalle 482 - 11 - (1047) CAPITAL - Tel./Fax: (011) 5128 4300 Sede Administrativa:Salta 1556 - (2000) ROSARIO - Tel./Fax: (0341) 516 8385 / 6 / 7 / Agencia Salta:Belgrano 808 - (4400) SALTA- Tel./Fax: (0387) 431 5650 /

Apell	idos y Nom		tos:						
			Fecha de nacimiento: Estado civil:						
POLIZA N°			CERTIFICADO N°		ULTIMO SUELDO		SUMA	SUMA ASEGURADA	
DIA	VIGENCIA MES	AÑO	VIGEN DIA MI		PRIMAS DIA	S A PAGAR HA	NO N	MONEDA	
Fech Luga Caus	a: r: :a:								
BENEFICIARIO/S: Apellidos y Nombres completos:						T. de Doc.	Documento	Porcentaje	
ОВ	SERVA	CIONES							
Luga	r y fecha:						Sello y firma	del tomador	